

**GROUPE DE REFLEXION SUR LA SANTE
ET LE DEVELOPPEMENT**

Rapport n° 1

Par Zénon NICAYENZI

Bujumbura , Mai 2005

INTRODUCTION

La problématique de la Relation Croisée Santé et Développement se trouve au cœur du processus de développement économique et social du Burundi.

Il n'y a de richesses que d'hommes. Mais des hommes valides, travaillant mieux, parce que mieux soignés.

Le Groupe de Réflexion se propose de conduire une démarche susceptible d'amener les responsables politiques et les autres partenaires au développement à mieux saisir le lien étroit existant entre la Santé et le Développement, d'accorder, en conséquence, plus crédit au secteur de la santé.

A cet effet, ce premier Rapport, est construit autour de trois points :

- i) évolution de la perception de la relation croisée Santé-Développement ;
- ii) contribution de la population et de l'Etat dans les domaines économiques et financiers ;
- iii) Mise en application des Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de la santé.

CHAPITRE 1 : EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE LA RELATION CROISEE SANTE ET DEVELOPPEMENT 1951-2003/4

La perception de la relation croisée entre la Santé et le Développement change au cours de la période allant de 1951 à 2003.

1.1. Perception de la relation croisée Santé et Développement contenue dans le Plan Décennal 1951.

Les auteurs du Plan Décennal officialisé en 1951 sont conscients de la relation croisée entre santé et développement lorsqu'ils affirment : «L'action médicale s'inspire de mobiles humanitaires : faire reculer la souffrance, la maladie et la mort, et de préoccupations pragmatiques : assurer au pays des hommes plus sains et plus forts, mieux aptes à réaliser leur bien être individuel et la prospérité collective. » ⁽¹⁾

A propos de l'épidémie de la malaria, ils s'expriment ainsi : « Les accès de fièvre minent leur force physique (les indigènes) et les rendent inaptes à un travail soutenu ; l'agriculture ne reçoit pas tous les soins qu'elle exigerait et la nourriture s'en ressent ; ainsi se ferme un cercle vicieux : l'organisme, débilité par une alimentation insuffisante, n'offre pas une résistance sérieuse à l'infection et ne peut produire l'effort exigé par la production d'une nourriture abondante » ⁽²⁾

Les auteurs du Plan Décennal précisent : » On peut affirmer qu'au Ruanda - Urundi (Rwanda et Burundi), le problème médical, auquel est étroitement lié celui de l'alimentation de l'indigène, domine le rendement humain et, sur un plan plus large encore, l'élévation du niveau de vie de la population autochtone ». ⁽³⁾

En outre l'action médicale doit être menée concomitamment avec l'opération de l'approvisionnement en eau , la construction d'habitations salubres, l'instauration d'une hygiène vestimentaire, l'éducation ménagère de la femme indigène. ⁽⁴⁾

L'importance primordiale de la relation Santé et Développement d'une part et le lien étroit entre la santé et l'environnement, l'habitat, l'eau potable et l'éducation de la femme sont soulignés nettement d'autre part. C'est dans ce contexte que l'action médicale a été organisée au Burundi (et au Rwanda) pour donner des résultats satisfaisants pour l'époque :

(1) Ministère des Colonies, Plan Décennal pour le Développement Economique et Social du Ruanda-Urundi, Editions de Visscher, 17 rue du Grand Cerf , Bruxelles 1951, p59

(2) Ibidem p.95

(3) Ibidem p 96

(4) Ibidem p 96

1 médecin pour 24.000 habitants, 1 lit d'hôpital pour 940 habitants, 107 établissements sanitaires. Ces résultats sont obtenus parce que l'Administration coloniale consent un effort financier considérable : 17% du budget de dépenses,

soit 2% du PIB et 13,6% du volume global des investissements réalisés entre 1951 et 1961.

Par comparaison, la part du budget de dépenses ordinaires de l'Etat consacrées à l'éducation nationale s'élève à 23,6% ou 3,4% de la richesse nationale. Les deux secteurs – clé reçoivent une dotation budgétaire de 43,6%, soit 5,4% du PIB.

Implicitement trois éléments sont réaffirmés :

- le facteur santé constitue la pierre angulaire du processus de financement pour le développement ;
- l'investissement - travail fourni par la population rurale active constitue le facteur décisif en matière de financement du développement ;
- réciproquement, l'accroissement de la production permet l'amélioration de l'accès effectif aux services de santé.

1.2. Perception de la relation croisée entre la santé et le développement contenue dans le Plan Décennal 1961.

Le Plan Décennal couvrant la période 1961-1971 est contenu dans l'Etude Globale du Développement du Ruanda et du Burundi paru en 1961. Cette étude est confiée à une équipe d'éminents spécialistes dont René Dumont auteur du fameux : « L'Afrique noire est mal partie » ainsi que Jan Timbergen, l'économiste hollandais de grand renom qui en assume la supervision.

Ce Plan Décennal 1961-1971 vise un double objectif :

- vivre sans déperir, c'est-à-dire assurer la subsistance des populations existantes et des générations futures ;
- vivre en progressant , c'est-à-dire modeler en même temps les structures humaines, sociales et économiques pour les préparer à une société moderne.

A cet effet, le Plan recommande de :

- intensifier la production agricole ;
- moderniser la société paysanne ;
- préparer le développement industriel ⁽⁵⁾

Le développement agricole précède et conditionne le développement industriel. Or qui dit développement agricole dit population rurale active en bonne santé.

(5) Etude Globale du Développement du Ruanda et du Burundi 1961, p9

La population constitue le facteur moteur du développement du Burundi et l'investissement-travail le carburant. Pour jouer ce rôle décisif, la population doit être en bonne santé, cela s'entend : » A cet égard, ces deux pays ont en réserve un capital infiniment précieux, un grand potentiel de richesses humaines que sont leurs populations et qu'il faut mobiliser ». ⁽⁶⁾

Selon les auteurs du Plan Décennal, le volume de l'investissement-travail requis sur la période 1961-1971 représente 48% du total de l'investissement. Alors l'économie pourra progresser à la cadence de 6 à 7% par an et le revenu par tête d'habitant de 3,7% par an ⁽⁷⁾

Dans tous les compartiments du développement économique et social, la population joue le rôle majeur à la condition qu'elle soit en bonne santé ⁽⁸⁾

1.3. Perception de la relation croisée santé et développement à travers les Plans Quinquennaux 1968-1992.

Le Plan Décennal 1961-1971, fut élaboré et publié au moment précis où le Burundi passe de la colonisation à l'indépendance. Déstabilisation de tout l'appareil administratif colonial et traditionnel, installation des nouvelles structures politiques, administratives et techniques peu entraînées dans l'organisation et la gestion des affaires, instabilité politique, disparition brutale du Leader nationaliste, le Prince Louis RWAGASORE, tous ces événements occultent le Plan Décennal et empêchent de l'appliquer. En 1968, débute le premier plan Quinquennal qui est suivi par quatre autres jusqu'en 1992.

Quelle est la perception du rôle de la santé dans le processus de développement du Burundi contenue dans les cinq plans quinquennaux 1968-1992 ?

La premier Plan Quinquennal 1968-1972 est explicite : « L'amélioration de la santé publique, à laquelle est étroitement liée celle de l'alimentation et de la nutrition, constitue un facteur essentiel du rendement humain et, par voie de conséquence, d'élévation du niveau de vie de la population » ⁽⁹⁾. C'est ainsi qu'il accorde la priorité à la médecine préventive, la médecine curative venant en deuxième position.

La Santé est considérée comme un facteur de production donc de développement et non comme un simple service social auquel on attribue le résidu budgétaire au titre d'investissement et de fonctionnement.

(6) Ibidem p117

(7) Ibidem p 380

(8) Ibidem p 389

(9) Plan Quinquennal de Développement Economique et Social du Burundi 1968- 72- p 453

Stratégiquement, l'investissement-travail fourni par la population rurale active revêt une importance remarquable : » Le recours systématique à celui-ci devrait non seulement aboutir à de substantielles économies budgétaires, mais en outre, permettre la réalisation de nombreux investissements dans certains secteurs par l'épargne-travail locale » ⁽¹⁰⁾.

A cet effet, le Plan recommande d'effectuer l'inventaire complet des ressources et des équipements disponibles et d'élaborer les plans et programmes pour utiliser rationnellement la terre et l'investissement-travail (sol, lutte anti-érosive, irrigations, drainages, boisements, routes, dispensaires, écoles).

La population est perçue comme l'auteur privilégié du développement grâce à son épargne-travail. Mais pour ce faire, elle doit jouir de l'accès effectif aux services de santé ainsi qu'aux autres services de base (eau potable, logement sain, éducation).

C'est pourquoi le Decret-loi n° 1/30 du 4 juin 1969 portant approbation du premier Plan Quinquennal 1968-1972 stipule en son article 2 : 50% des dépenses de contrepartie et de fonctionnement sont allouées aux secteurs économiques et en priorité au secteur agricole ; 25% des dépenses de contre-partie et de fonctionnement au secteur éducation ; 15% à la santé et 10% divers. Ce mode de répartition budgétaire prévu par la loi souligne l'importance accordée à la santé et à l'éducation : 40% du total du budget de contre-partie et de fonctionnement.

Le deuxième Plan Quinquennal 1973-1977 prend en compte les mêmes déséquilibres fondamentaux que le premier : déséquilibre entre ressources et population, entre dépenses et recettes budgétaires de l'Etat, entre importations et exportations, entre épargne et investissement. Pour y faire face, le deuxième plan recommande de « recourir systématiquement à l'investissement-travail des populations, dans tous les domaines où cela s'avère possible, de façon à diminuer d'autant le recours à des moyens budgétaires, voire à certaines formes d'aides extérieures » ⁽¹¹⁾.

L'investissement-travail fourni par la population constitue l'alternative à l'investissement financier d'origine interne ou externe. Cette démarche, même si elle n'établit pas explicitement la relation croisée Santé - Développement, suppose que la population doit être en bonne santé pour fournir sa pleine contribution. C'est pourquoi ce Plan accorde la priorité absolue aux projets et actions de nature à assurer l'alimentation des populations tout en améliorant l'équilibre nutritionnel ⁽¹²⁾.

(10) Premier Plan quinquennal de Développement Economique et Social du Burundi 1968-1972, Tome I, Développement Economique, page 14

(11) Ibidem p 14

(12) Ibidem p 14

En outre la population, grâce à sa contribution, sous forme d'investissement - travail, pourvoit le pays en devises et en recettes fiscales ⁽¹³⁾.

Le planificateur recommande d'accorder la priorité des priorités aux secteurs les plus productifs, principalement celui du développement rural ⁽¹⁴⁾.

Donc, l'Etat, au moment de la répartition des ressources budgétaires, est tenu de privilégier le secteur rural. Cette conception productiviste ne contredit pas radicalement l'approche croisée Santé-Développement.

Les auteurs du III^{ème} Plan Quinquennal 1978-1982, d'emblée, déclarent.
« Le développement économique et social doit passer par le développement agricole et par l'augmentation du pouvoir d'achat des masses rurales. Cette option aura une influence sur le choix des projets, sur l'allocation des ressources de l'Etat et sur la politique fiscale et salariale ».⁽¹⁵⁾

Le développement rural dépasse le développement agricole. C'est, en effet, l'amélioration de la qualité de la vie dans le milieu rural englobant non seulement l'augmentation de la production agricole mais également l'amélioration du niveau d'éducation, des services de santé, des services sociaux, la création des emplois non-agricoles ⁽¹⁶⁾. La justice sociale.... tendra à assurer à toute la population l'accès à l'enseignement et aux services de santé ⁽¹⁷⁾

Trois idées émergent de ce III^{ème} Plan Quinquennal 1978-1982 : le développement agricole constitue la base du développement économique et social, pas de développement agricole sans amélioration du niveau d'éducation et de santé ; l'amélioration de la santé est une question d'équité. Le développement constitue un tout, tel est l'essentiel du message.

Mais le relation croisée Santé-Développement est seulement effleurée : le planificateur ne montre pas explicitement en quoi la santé de la population conditionne le développement en général et le développement agricole en particulier. Et pourtant, la population rurale active est occupée à 80% dans le monde rural pour produire plus de 50% de la richesse nationale.

(13) Ibidem p XIV

(14) Ibidem p XIV bis

(15) République du Burundi, III^{ème} Plan Quinquennal de Développement Economique et Social, 1978-1982 p 33

(16) Ibidem p 33

A partir du III^{ème} Plan Quinquennal 1978-1982 le cap est mis sur le capital financier en général et sur l'emprunt extérieur en particulier.

Selon les planificateurs du IV^{ème} Plan Quinquennal 1983-1987, le III^{ème} Plan avait pour objet de poser l'infrastructure physique et institutionnelle, le IV^{ème} privilégie les secteurs directement productifs ⁽¹⁸⁾. La santé est-elle considérée comme un des secteurs productifs ?.

Le planificateur répond : « L'objectif premier du développement intégré reste donc d'améliorer les conditions de vie des gens qui ont les revenus les plus bas aussi bien au niveau de l'alimentation et de la nutrition qu'au niveau de la santé, de l'éducation et de l'habitat » ⁽¹⁹⁾.

Le planificateur ne s'aperçoit pas que la population rurale active est l'auteur et bénéficiaire privilégié du développement rural intégré grâce à son investissement-travail, même si l'Etat investit pour appuyer la population rurale. Le planificateur minimise l'apport de celle-ci au profit de celui de l'Etat. Cette perception occulte le fait que l'économie burundaise a pour moteur l'investissement-travail fourni par la population rurale active : « Le secteur agricole et d'élevage va encore longtemps occuper la presque totalité de la population rurale active du pays (95%) et en constituer la ressource la plus importante par rapport aux autres secteurs (60% du PIB environ). Il est de ce fait appelé à servir de moteur à l'essor économique global » ⁽²⁰⁾.

Pour le planificateur, en amont de l'essor économique global se situe l'investissement financier alors qu'en réalité c'est l'investissement-travail fourni par la population rurale active qui le déclenche : l'apport financier de l'Etat vient en appui de l'effort de la population rurale active. Cependant cette stratégie a ses limites : « S'agissant des perspectives de baser le développement industriel sur le secteur agricole, on constate que malgré qu'un des Objectifs Fondamentaux soit l'augmentation de la production agricole, il semble qu'à long terme, une politique de développement industriel fondée sur une exploitation endogène des ressources d'origine agricole ne puisse aboutir qu'à des maigres résultats ; une croissance endogène plus soutenue nécessite une mise en valeur « d'autres ressources, principalement des ressources minérales, qui sont à la base d'une industrie dite industrialisante » ⁽²¹⁾. Le planificateur ajoute : « La faible capacité de financement intérieur réduit à son tour les possibilités d'expansion du secteur industriel, c'est pour cela que l'on doit recourir à un financement extérieur relativement important et consacrer un temps considérable à ses recherches et négociations ». ⁽²²⁾Ce n'est pas une panacée, bien que cette démarche reste en vigueur jusqu'à présent.

(17) République du Burundi, IV^{ème} Plan Quinquennal de Développement Economique et Social 1983-1987, p 32

(18) Ibidem p 33

(19) Ibidem p 34

(20) Ibidem p 39-40

(21) Ibidem p 40

(22) Zénon NICAYENZI, Aide-toi le Nord t'aidera 345 pages sous presse p 135-144

Le développement artisanal lui-même est basé sur l'investissement-travail de l'artisan, avant de pouvoir s'équiper en vue d'accroître la productivité de son travail et son premier client, c'est précisément l'agriculteur et l'éleveur du monde rural mettant en œuvre son investissement-travail ⁽²³⁾.

La perception du planificateur s'approche de la situation réelle : « La politique sanitaire adoptée par le Burundi est d'orienter les services de santé vers la forme sociale de la médecine...Aussi, il sera possible d'atteindre à long terme l'objectif de la santé pour tous » qui vise l'amélioration du niveau de santé de chaque citoyen de manière à lui permettre de mener une vie économiquement et socialement productive » ⁽²⁴⁾

A cet effet, l'Etat prévoit 4,5 Milliards BIF d'investissement sur cinq ans dont :

- 56,8% pour la construction d'hôpitaux et polycliniques régionales ;
- 9,8% pour les centres de santé ;
- 14,3% pour la construction de cinq Instituts de santé ;
- 19,1% pour les divers ⁽²⁵⁾

Ce montant représente 0,03% du volume global de l'investissement prévu au IV^{ème} Plan quinquennal 1983-1987. On ne peut pas affirmer que la « Santé pour tous » constitue la priorité des priorités..

Le V^{ème} Plan Quinquennal 1988-1992 est sommaire en matière de santé publique : « le Burundi a souscrit à l'objectif universel de la santé pour tous en l'an 2000 ⁽²⁶⁾. A cet effet, le planificateur du V^{ème} Plan Quinquennal 1988-1992 propose d'investir 5.346,5 Mn Bif dans le secteur de la Santé sur le volume global de 159.177,7 Mn BIF (prix 1986), soit 0,03% du total. L'Etat est invité à prendre trois mesures : décentraliser les services de santé en créant les provinces sanitaires ; doter les hôpitaux des services courants indispensables (maternité, chirurgie, pédiatrie, médecine interne, radiographie) ; former les médecins et les para-médicaux suffisants, les premiers à la Faculté de médecine les seconds dans les écoles para-médicales, ⁽²⁷⁾. Un accent particulier sera mis sur la lutte contre le SIDA et les autres fléaux meurtriers, ajoutent les planificateurs ⁽²⁸⁾

Les auteurs du V^{ème} Plan Quinquennal 1988-1992 sont laconiques à propos de la problématique Santé-Développement au point d'omettre la santé dans la gamme des besoins fondamentaux de la population.

(23) Ibidem p 306

(24) Ibidem p 306

(25) République du Burundi, V^{ème} Plan Quinquennal de Développement Economique et Social 1988-1992

(26) Ibidem p 115

(27) Ibidem p 115

Les planificateurs du V^{ème} Plan Quinquennal 1988-1992 retiennent quatre catégories de besoins fondamentaux, selon les auteurs de « Réflexions sur les orientations qui guident la politique de Développement Socio-Economique du Burundi » (Secrétariat National Permanent du Parti UPRONA, Institut Rwagasore, Bulletin de Liaison n° 2 p 171) :

- une alimentation suffisante et équilibrée ;
- une habitation décente pour tout le monde ;
- une eau propre à la disposition de tous ;
- une éducation primaire généralisée, gratuite et obligatoire ;
- une assurance d'emploi pour tous les détenteurs d'un métier ou d'une quelconque qualification.

1.4. Relation croisée Santé-Développement et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La relation croisée Santé-Développement apparaît-elle dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ? Ceux-ci constituent un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine, celle-ci étant entendue comme « le fait d'être privé de moyens matériels permettant de satisfaire un minimum acceptable de besoins (besoins élémentaires de santé, d'éducation de base, des services d'adduction en eau potable, des besoins de l'emploi et de participation à la vie de la société » ⁽²⁹⁾

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement sont au nombre huit :

- réduire l'extrême pauvreté et la faim ;
- assurer l'éducation primaire pour tous ;
- promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
- réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans ;
- améliorer la santé maternelle ;
- combattre le VIH/SIDA , le paludisme et d'autres maladies ;
- assurer un environnement durable ;
- mettre en place un partenariat mondial pour le développement ⁽³⁰⁾

Ces objectifs ne peuvent être atteints si les pouvoirs publics ne réinvestissent pas le surcroît de recettes fiscales dans le développement humain des plus pauvres ⁽³¹⁾. Inversement l'amélioration de la santé et de l'éducation, favorisent la croissance économique selon le Rapport de la Banque Mondiale 2003 « Instruction et Santé sont intrinsèquement profitables au bien-être des populations. Ces deux dimensions sont en outre étroitement liées : la première contribue à améliorer la seconde et inversement ⁽³²⁾

(28) Rapport sur le Développement Humain du Burundi 1999, la Pauvreté au Burundi, septembre 1999 p 7

(29) Millénium Project, Rapport au Secrétaire Général de l'ONU, Investir dans le Développement, Plan Pratique pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement , p XII-XIII.

(30) Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003 op 67-68

(31) Ibidem p 67

Le Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003, montre clairement la séquence suivante :

- croissance économique ;
- réduction de la pauvreté/ou augmentation du revenu par tête ;
- augmentation des recettes fiscales ;
- augmentation des dépenses publiques consacrées à la santé et à l'éducation ». ⁽³³⁾

Inversement, Santé et Education stimulent la croissance économique, en provoquant la séquence suivante :

- Amélioration de la Santé & Education ;
- Augmentation de la croissance économique ;
- Augmentation du revenu par tête ;
- Augmentation des recettes fiscales ;
- Augmentation des dépenses publiques consacrées à la santé et à l'éducation ;
- Amélioration de la santé et de l'éducation ⁽³⁴⁾

Ce mouvement séquentiel peut se bloquer si :

- les ménages les plus riches accaparent la majeure partie des revenus supplémentaires ;
- les pouvoirs publics ne réinvestissent pas le surcroît de recettes fiscales dans le développement humain des plus pauvres ⁽³⁵⁾

1.5. Relation croisée Santé-Développement et le Cadre Stratégique Intérimaire de Relance de la Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté (C.S.L.P.Intirimaire)

La relation croisée Santé-Développement est présente dans les deux Plans décennaux 1951-1961 et 1961-1971 ainsi que dans les deux plans quinquennaux 1968-19972 et 1973-1977, absente depuis lors dans les trois Plans Quinquennaux 1978-1982 jusqu'en 1992. Le C.S.L.P.-Intérimaire se présente comme un plan de sortie de crise visant la relance de la croissance économique, remède de la pauvreté : on relance l'économie, la pauvreté recule, vision de long terme.

(33) Ibidem p 67

(34) Ibidem p 67

(35) Ibidem p 67

Les auteurs du C.S.L.P. Intérimaire notent : « Ces objectifs sont cohérents avec ceux retenus par le Comité d'Aide au Développement de l'O.C.D.E. et par les Nations Unies pour le Millénaire » ⁽³⁶⁾

Ces objectifs sont :

- une politique économique axée sur le maintien des équilibres macro-économiques, la promotion du secteur privé, le développement des exportations et la maximalisation des opportunités d'emploi ;
- une politique agricole centrée sur l'accroissement de la productivité et de la réduction de la pression foncière ;
- une politique industrielle visant la constitution d'un tissu diversifié de petites et moyennes entreprises, également actives dans la capitale et les centres secondaires, et orientées vers la satisfaction de la demande intérieure en biens de première nécessité et l'exportation des produits agricoles, miniers et manufacturés ;
- une politique de coopération économique et financière, axée sur la réduction de la dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure et l'essor des échanges économiques et scientifiques dans le cadre régional et international ;
- des politiques sociales susceptibles d'améliorer considérablement le capital humain et d'assurer un accès équitable aux services de base » ⁽³⁷⁾

Le C.S.L.P-Intérimaire s'apparente plutôt au Programme d'Ajustement Structurel (PAS) qu'à l'OMD. Celui-ci met en exergue le lien direct entre Santé Développement et inversement , l'autre vise le rétablissement des équilibres rompus et la restructuration de l'économie, deux démarches caractérisant le PAS. Or, celui-ci n'a pas atteint ses objectifs parce qu'il passe à coté des causes qui sont à la base des contre- performances économiques constatées et de la pauvreté qui en découle, comme l'effet de la cause.

L'OMD montre que la santé constitue un facteur de production comme le capital et l'équipement, le CSLP considère la santé comme un service social, important, mais non essentiel pour accroître la production en vue de lutter contre la pauvreté. Comme le PAS, le CSLP se présente comme un plan de long terme, visant l'amélioration de la production et le recul de la pauvreté monétaire et humaine, l'amélioration de la santé étant un effet incident ou collatéral. L'OMD , quant à lui, constitue une démarche économique et sociale selon laquelle, la santé de la population est la cause et le préalable de la croissance économique, celle-ci débouchant sur le recul de la pauvreté. Même si l'OMD et le CSLP ne sont pas contradictoires, il y aurait lieu de les harmoniser dans le cadre du Projet « Burundi 2025 », en reconnaissant explicitement la relation croisée Santé – Développement et Développement – Santé.

⁽³⁶⁾ Ibidem pp II-III

⁽³⁷⁾ Ibidem

1.6. Relation Croisée Santé et Développement à travers le Sommet Mondial pour le Développement Social 1995.

En 1995 s'est tenu à Copenhague, le Sommet Mondial pour le Développement Social et le Burundi a souscrit à ses objectifs. A cet effet, il s'est engagé à :

- éliminer la faim et la malnutrition ;
- assurer la sécurité alimentaire ;
- offrir un enseignement, un emploi et des moyens de subsistance adéquats ;
- fournir des soins de santé primaires, y compris des soins de santé en matière de reproduction ;
- assurer un logement adéquat, l'approvisionnement en eau potable et des installations sanitaires.....⁽³⁸⁾

Dans ce cadre, la santé est présentée comme un objectif social parmi les autres. Dans l'OMD, la santé est perçue comme cause et préalable du développement et inversement .

Dans le cas spécifique du Burundi, la population rurale constitue la clé de voûte du processus de développement parce qu'elle fournit 71,4% des ressources consacrées au financement du développement. Pourquoi est-elle pauvre alors qu'elle investit tant de ressources ? Pourquoi la pauvreté frappe-t-elle 68,4% de la population rurale en 2002 , malgré sa contribution remarquable au processus de financement du développement ?

Cinq explications se dégagent :

- la population donne plus qu'elle ne reçoit :71,4% du volume global d'investissements ;
- les partenaires de la population en matière de financement du développement accordent la priorité des priorités au secteur des infrastructures lesquelles servent faiblement la population , mêmes les infrastructures sanitaires (50%) ;
- l'Etat défavorise la population lorsqu'il redistribue le revenu national à travers son budget de dépenses :services sociaux 17,9% en 2004 et 18% en 2005 contre 79,2% et 78,6% aux services généraux en 2004 et 2005.
- Les prêts publics extérieurs sont excessivement chers : un franc emprunté est remboursé à 3,9 francs au 31 décembre 2003.

(38) Sommet Mondial pour le Développement Social pp16-17

La pauvreté est inhérente aux structures de l'économie et non au manque d'accès effectif aux facteurs de production de la population, celle-ci détient entre ses mains les trois facteurs de production de base depuis la réforme agraire de 1977 reconnaissant à l'agriculteur-éleveur la pleine jouissance de la terre et du bétail .

Selon le Sommet Mondial pour le Développement Social, investir dans la santé constitue un acte humanitaire et non un acte visant le développement économique. Point de relation directe entre santé et développement.

1.7. Relation Croisée Santé et Développement à travers le Programme d'Ajustement Structurel (PAS)

Le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) a été officiellement adopté et mis en vigueur en novembre 1986, après trois ans d'hésitation. Il fut appliqué depuis cette date jusqu'en 1992, juste avant la crise de 1993. Depuis lors le Gouvernement n'a pas contracté d'autres engagements .

Le PAS fut mis en débat autour du document intitulé : »Le Programme d'Ajustement Structurel du Burundi ». Ce document pose six questions :

- i) Pourquoi les pays sont-ils amenés à ajuster leurs économies ? Pourquoi choisissent-ils les politiques libérales comme voie de solutions à leurs problèmes économiques ?
- ii) Que contient un Programme d'Ajustement Structurel, celui du Burundi en particulier ?
- iii) Qu'a apporté le PAS au Burundi ?
- iv) Quels sont les effets sociaux ?
- v) Quel est le rôle de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International (FMI) dans le PAS ?
- vi) Quelles perspectives offre le PAS au Burundi ? ⁽³⁸⁾

Le PAS vise deux objectifs, l'un à court et moyen terme, l'autre à long terme :

- rétablir les équilibres financiers , budgétaires et monétaires rompus ;
- restructurer le système économique en vue de relancer la croissance économique de manière durable.

A cet effet, on identifie les domaines qui provoquent les déséquilibres financiers et budgétaires : les salaires et traitements de la Fonction Publique ainsi que les subventions consacrées aux services sociaux (santé, éducation) ; les subventions d'investissement et de fonctionnements en faveur des entreprises publiques. Pour rétablir les équilibres financiers et budgétaires rompus on maîtrise l'effectif de la Fonction Publique et partant son coût. Donc pas d'embauche, sauf dans les secteurs santé et éducation.

(38) Premier Ministère et Ministère du Plan. Le Programme d'Ajustement Structurel au Burundi, Bujumbura 1989.

Ensuite l'Etat est invité à cesser ses subventions en faveur des entreprises publiques, c'est pourquoi on liquide celles qui boitent, on restructure celles qui peuvent encore fonctionner, on privatise celles qui marchent . En tout état de cause, plus de subventions.

Enfin on procède à l'examen complet des structures économiques en vue de les rendre aptes à produire efficacement et de manière efficiente : diversification de la production et des exportations ; substitution des importations par les produits locaux ; libre concurrence entre-entreprises locales et entre celles-ci et leurs concurrents étrangers ; libéralisation et facilitation de l'initiative créatrice ; création d'un cadre macro-économique favorable (libre accès au crédit bancaire, aux devises, taux de change flexible et taux d'intérêt libres). Une économie ouverte vers l'extérieur, libre à l'intérieur, un cadre légal et réglementaire flexible , souple et crédible.

Dans le cadre du PAS, les objectifs sanitaires étaient les suivants :

- éliminer le tétanos néonatal en 1995 ;
- éradiquer la poliomyélite en l'an 1995 ;
- maintenir la couverture vaccinale au delà de 90% dès 1997 ;
- assurer 3 consultations prénatales pour 60% des femmes enceintes en 1997 ;
- réduire de 20% par rapport au niveau de 1992 la mortalité due au paludisme en 1997 ;
- assurer la prise en charge correcte d'au moins 50% des cas d'infections respiratoires aiguës ;
- assurer la prise en charge correcte d'au moins 60% des cas de maladies diarrhéiques en 1997 ;
- rendre autonome la gestion de tous les hôpitaux et d'au moins 50% des centres de santé).
- Mettre en place un système d'assurance maladie en faveur de toute la population ⁽³⁹⁾

Les objectifs sont clairs et précis mais la santé demeure un facteur purement humanitaire et social. Pour réduire son coût, l'Etat ne privatise pas les hôpitaux et les centres de santé mais leur accorde l'autonomie financière et de gestion. Comme le bénéficiaire paye le coût de l'acte médical et du médicament, il est proposé de créer une assurance maladie pour l'ensemble de la population en plus de celle de la Mutuelle de la Fonction Publique.

(39) Best USAID, Etude sur l'évaluation de la situation de l'Economie Burundaise, Tome I, Multinational Consulting Group, Avril 1996 pp 121-123 ;

La crise aidant, on se rend compte que le système mis en place se révèle inefficace, la Carte d'Assurance Maladie (CAM) assure peu de malades, les services médicaux dispensés par les établissements rendus à l'autonomie sont élevés et hors de portée pour la majeure partie des bénéficiaires, la pauvreté monétaire frappe 68% de la population en 2002, limitant de ce fait l'accès effectif aux soins de santé.

L'ensemble du système économique et sanitaire semble en difficultés. Il y aurait lieu de réviser le Programme d'Ajustement Structurel à commencer par ses prémisses libérales en rapport avec la situation actuelle et future du système sanitaire, mais cette-fois en les reliant entre eux. La santé au Burundi se situe, en amont, au centre et en aval de l'acte de développement : relation croisée Santé - Développement et Développement-Santé.

1.8. Conclusions du chapitre 1 :

- i) La perception de la relation croisée santé et développement est claire et nette dans les Plans Décennaux 1951-1961 et 1961-1971 et les plans quinquennaux 1968-1972 et 1973-1977. La population apporte la majeure partie du financement pour le développement grâce à l'épargne - travail. Pour maintenir et protéger la santé de cet acteur majeur, il faut lui donner l'accès effectif aux soins de santé. Pas de soins de santé, pas d'investissement - travail, pas de production, pas de développement.
- ii) A partir des plans quinquennaux 1978-1982, 1983-1987 et 1988-1992, la perception du rôle de la population en tant qu'investisseur majoritaire dans le développement se dilue. Les décideurs pensent que le développement peut être acquis grâce aux apports financiers massifs réalisés à travers les sociétés régionales de développement, en faveur de la population rurale regroupée en villages mais acceptant de coopérer. Le capital financier, éventuellement emprunté, prend le pas sur le capital-travail fourni par la population rurale active. C'est pourquoi le facteur investissement-travail disparaît des comptes économiques nationaux alors qu'il demeure prépondérant.
- iii) Dans les documents d'engagements internationaux, l'OMD seul promeut l'idée de la santé, condition et préalable du développement. Cependant ce projet devrait être adopté et adapté au cas spécifique du Burundi sur trois points majeurs : la population rurale burundaise apporte la majeure partie du financement du processus de développement grâce au capital-travail qu'elle fournit ; le secteur rural entre les mains de la population constitue la base opérationnelle pour le décollage de l'industrie et de l'artisanat en fournissant la matière première et la main d'œuvre bon marché ; la population se présente comme le contribuable le plus important tant au niveau de l'Etat qu'au niveau de la Commune. Pas d'accès effectif de la population aux soins de santé, pas d'investissement-travail, pas de production, pas de taxes et impôts en faveur de l'Etat et de la Commune. Réciproquement, plus la croissance

économique s'améliore, plus l'Etat devrait soigner sa population en vue de lui permettre de produire plus et payer plus d'impôts et taxes.

- iv) Le prochain Programme d'Ajustement Structurel devrait se placer dans la logique et la cohérence du Projet OMD adapté au cas du Burundi. Le lien réciproque entre santé et développement devrait être le pilier du processus de passage de l'agriculture et de l'élevage traditionnels à l'agriculture et élevage modernes et de là vers l'industrie et l'artisanat modernes.

De même le Cadre Stratégique Intérimaire de Relance de la Croissance Economique et de Lutte contre la Pauvreté (CSLP-Intérimaire) pourrait, lui aussi, revenir dans le sillage du projet OMD. Un seul modèle de Financement du Développement conciliant harmonieusement l'OMD le prochain PAS et le CSLP complet pourrait sortir des prochaines assises dans le cadre du Projet « Burundi 2025 ». Entre temps la Groupe de Réflexion Santé et Développement pourrait proposer sa propre approche en matière de financement du développement en se plaçant dans le cadre de l'OMD adapté au cas du Burundi.

CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE DE LA RELATION CROISEE SANTE ET DEVELOPPEMENT.

Le présent chapitre a pour objet d'analyser la manière dont la population contribue au Développement et comment l'Etat finance la santé de la population pour lui permettre de contribuer encore davantage au Développement.

2.1. Apport spécifique de la population rurale active pour le Développement.

De quelle manière et dans quelle mesure la population rurale active investit-elle ses énergies physiques pour accroître la production ? Pour répondre à cette interrogation, il est proposé de suivre le schéma séquentiel ainsi conçu :

- Investissement - travail
- Production
- Commercialisation
- Consommation
- Payement des impôts et taxes à l'Etat et à la Commune

2.1.1.Importance de l'investissement-travail fourni par la population rurale active.

Entre 1962 et 1978-1982 (IIIème Plan Quinquennal) l'apport en investissement-travail dans le volume total varie de 100% à 94,6%. A partir de cette date, la part de la force de travail diminue progressivement de 81,2% à 50,5% en raison de l'augmentation de l'intervention de l'Etat et du secteur privé. Sur toute la période 1962-2003, la part de la force de travail s'élève à 71,4%, du volume total de l'investissement atteignant 3.590.779,3 Mn BIF (Tableau n° 1)

TABLEAU N° 1 : Structure du Financement du Développement par agent en Mn BIF aux prix courants (1962-2003).

Libellé	1962	1963- 67	I ^{ère} PQDES 1968-72	II ^{ème} PQDES 1973-77	III ^{ème} PQDES 1978-82	IV ^{ème} PQDES 1983-87	V ^{ème} PQDES 1988-92	1993-97	1998- 2002	2003	Total (1962- 2003)
1.Population rurale active(Investissement travail)	26.900	175.900	196.800	223.272	255.456	291.384	332.352	370.250	561.354	129.132	2.562.800
% du Total	100	94,6	99,2	94,6	81,2	73,8	61,9	63,5	65,4	50,5	71,4
2.Etat (Investissement public)	-	9698,7	1331,4	11070,3	47205,5	72155,5	147.731,8	132.906,6	204.601,4	95241,9	721943,1
% du total	-	5,2	0,7	4,7	15	18,3	27,5	22,8	23,8	34,7	20,1
3.Secteur privé	-	350,7	276,6	1553	11.836,1	31.110,4	57.180,3	80.238	92.059,1	31.372,3	305.976,5
% du total	-	0,2	0,1	0,7	3,8	6,9	10,6	13,8	10,8	14,8	8,5
4.investissement total	26.900	185.949	198.408	235.895	314.497	394.649,9	537.264,1	583.394,6	858.074,5	255.746	3.590.779,3
% du total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Nos calculs basés sur :

- Institut Rundi des statistiques, Enquête Démographique 1965
- Lothar CAVIEZER, Patrick FOUGA, l'Ajustement Structurel, l'Emploi et la Pauvreté au Burundi,BIT/PECTA/Université du Burundi, juin 1989
- Ministère de la Planification du Développement et de la Reconstruction, Cahiers Démographiques du Burundi n° 8,FNUAP/BIT/BDI/95/P/01 UPP.
- Rapports annuels de la Banque de la République du Burundi (1967-2003).

N.B :PQDES : Plan Quinquennal de Développement Economique et Social.

En considérant 100 exploitations agricoles standards, on constate que 457 personnes y consacrent leur force de travail dont 219,42 hommes et 237,56 femmes, soit respectivement 48,0% et 52,0%. Les actifs totalisent 282 (61,7%) dont 130,19 hommes et 151,38 femmes respectivement 46,1% et 53,9% pouvant consacrer au total 257 journées de travail par an dont 112,82 par les hommes et 144,01 par les femmes, soit respectivement 44,0% et 56,0%

Tableau n°2 : Force de travail de 100 exploitations agricoles standards

	Sexe Masculin & Féminin					
	Total M+F	%	M	%	F	%
A. Personnes pour 100 exploitations agricoles	457	100	219,42	48,0	237,56	52,0
B. Actifs correspondants	282	100	130,19	46,1	151,38	53,9
C. Journées de travail pouvant être consacrées	257	100	112,82	44,0	144,01	56,0

Sources : République du Burundi, Ministère du Travail et de la Formation Professionnelle, Annexe I, Revue de Statistiques du Travail n° 4 » Evolution de l'Emploi au cours du Plan Quinquennal 83-87 ». Complément Statistique, Bujumbura-Juillet 1984 pp 128-129

Grâce à l'apport de la population rurale active en investissement –travail, le pays met en valeur un million d'hectares par saison culturale et peut occuper 80% de sa population active. Toute maladie ou toute endémo- épidémie qui a pour effet de diminuer ou d'immobiliser l'investissement-travail de la population rurale porte préjudice à l'économie de la famille et du pays.

Le cas du VIH/SIDA est particulièrement dommageable parce que cette endémo-épidémie détruit à la fois les forces productives actuelles et futures en s'attaquant aux adultes actifs et aux enfants , futurs producteurs. C'est une arme de destruction massive. La population rurale active constitue l'instrument privilégié pour le financement du développement à la condition de protéger sa santé et spécialement celle de la mère et de l'enfant.

Au sein du processus de développement du secteur rural, la femme occupe le premier rang. Il est donc inexact d'inviter la femme à intégrer le développement, elle est bien là. Mais elle en tire peu de visibilité et de profit en raison des structures socio -juridiques ambiantes au niveau de la famille et au niveau de la société.

2.1.2. De la production agricole par la population rurale active.

Mettant en valeur sa force de travail, la population rurale active produit en moyenne 67,3% en 1983-1987 ; 52,5% en 1988-1992 et 37,7% en 1999-2003 (⁴⁰) Toute l'économie burundaise prend appui sur cette base.

En effet, la population rurale, ce faisant, produit les denrées alimentaires nécessaires pour elle-même et pour la population salariée des centres urbains ; fournit la matière première aux industries agro-alimentaires et spécialement celles qui exportent le café, le thé et le coton sources principales des devises permettant d'importer les biens et les services nécessaires soit aux industries, soit à la consommation directe.

La question posée est relative à la manière dont l'Etat aide l'agriculteur et l'éleveur pour accroître leur production. L'on constate que l'Etat consacre des investissements minimes au secteur agricole alors qu'il constitue la base pour assurer le décollage de toute l'économie. La part du budget ordinaire allouée au secteur est encore plus modeste. Cette contradiction conduit toute l'économie nationale à la stagnation : baisse de la productivité et de la production, des revenus de la population rurale, des moyens consacrés aux soins de santé alors qu'elle dépense tant d'effort en termes d'investissement-travail.

Le passage de l'économie traditionnelle à l'économie moderne ne pourra pas se réaliser avant de lever cette contradiction fondamentale.

2.1.3. Commercialisation des produits agricoles.

La population rurale active consomme 47,0% de la production agricole et commercialise le solde, soit 53,0%. La partie auto-consommée est retirée du circuit économique, l'autre anime l'ensemble du système économique, financier et monétaire.

En contre-partie de la vente de la feuille de thé, du coton graine et du café parche, l'agriculteur a encaissé 59.828,7 Mn BIF sur 117.523,2 Mn BIF de revenu global rapporté par ces produits de rente sur la période 1970-1987, soit 50,9%

L'usinier rachète au paysan le produit du cru, le transforme légèrement avant de l'exporter. L'exportateur encaisse des devises qui permettent au pays d'importer des biens et des services destinés aux entreprises industrielles, artisanales et agricoles ou bien à la consommation directe. L'exportation des produits primaires rapporte 95% des recettes d'exportation. Sur les biens exportés et importés, l'Etat perçoit des taxes destinées à alimenter le Trésor, lui-même devant reverser les recettes en faveur des prestataires, des fonctionnaires et des bénéficiaires des subventions.

(⁴⁰) Zénon NICAYENZI, Aide-toi le Nord t'aidera, sous presse, Bujumbura pp 78-84 et Rapport Annuel 2003 de la Banque de la République du Burundi, p6

Enfin, par le biais de la vente des produits du cru, l'agriculteur et l'éleveur obtiennent des revenus monétaires leur permettant d'épargner ou d'acheter les biens et les services dont ils ont besoin, en particulier les services médicaux et les médicaments.

Les flux monétaires au sein du monde rural, les échanges intérieurs et extérieurs, le volume des recettes d'exportation et fiscales sont étroitement tributaires du volume et de la valeur des produits agricoles commercialisés par la population rurale active.

Qu'une maladie quelconque sévisse au sein de la population rurale active, tous ces effets en chaîne s'en ressentent à partir du moment où le volume du capital -travail diminue, entraînant la baisse de la production et du volume des produits vendus sur le marché. Ces effets en chaîne font chuter le revenu du paysan et partant ses capacités d'acheter notamment les services médicaux et pharmaceutiques.

La gestion et l'organisation macro-économiques défavorables aboutissent aux mêmes effets en rendant le producteur incapable d'acheter la quantité et la qualité des services médicaux et des médicaments requis : l'inflation et la dévaluation de la monnaie produisent les mêmes effets en réduisant le pouvoir d'achat de la monnaie. C'est bien le cas actuellement en 2005 : les prix à la consommation en hausse, la valeur du franc en baisse

L'agriculteur burundais pouvait acheter une dose de quinine avec 1 kilo de café parche en 1983 lorsque le dollar USA s'échangeait contre 90 BIF. En 2005 le dollar USA s'échange contre 1200 BIF soit 13,3 fois plus. L'agriculteur se trouve devant deux choix. Ou bien il se contente d'une dose divisée par 13,3 ou bien il cherche 13,3 kilos pour obtenir la même dose complète. En clair, l'agriculteur ne sera pas soigné en 2005 contre la malaria. S'il n'est pas soigné, il ne peut pas investir sa force de travail, ni produire ni commercialiser le café parche, ni consommer la quinine. La cercle vicieux se referme.

2.1.4. Consommation de la population.

Munie des revenus monétaires tirés de la commercialisation des produits du cru, la population rurale active consomme les biens et les services dont elle a besoin : nourriture, habillement, logement, éducation, soins de santé etc...

Le niveau de consommation de la population dépend du pouvoir d'achat dont elle dispose à un moment donné, celui-ci étant le volume de biens et de services qu'elle peut acquérir avec telle somme d'argent. C'est pourquoi l'agriculteur estime son prix de vente en rapport avec les prix des biens qu'il veut acheter et non pas en rapport avec le prix de revient effectif du produit qu'il vend au marché. Il tente d'indexer le prix du bien ou du service qu'il vend à celui du bien ou du service qu'il achète, pour qu'il ne soit pas l'éternel perdant ⁽⁴¹⁾.

(41) Zénon NICAYENZI, op.cit.pp 40- 41

Dans le cas des soins de santé, l'agriculteur burundais tente d'indexer le prix du produit vivrier qu'il vend au prix du médicament qu'il achète.

Faute de mieux, l'on peut accepter que les indices des prix à la consommation des ménages à Bujumbura représentent les indices des prix des produits vivriers payés directement au producteur. Le producteur encaisse, le consommateur décaisse.

L'on constate que les prix des soins de santé augmentent moins vite que les prix payés au producteur des vivres. Cette situation avantage le producteur des vivres vendues aux ménages de Bujumbura. Par contre, elle désavantage les ménages de Bujumbura, surtout ceux qui encaissent des revenus monétaires non indexés au coût de la vie. C'est pourquoi ces ménages de la capitale risquent de consommer de moins en moins de nourriture et de moins en moins de soins de santé alors que les agriculteurs voient leurs revenus augmenter plus vite que les prix des soins de santé. (Tableau n°3).

Tableau n° 3: Indice des prix à la consommation des ménages à Bujumbura
base 1991= 100

Année	Alimentation	Soins de santé
1999	305,4	264,5
2000	388,0	323,5
2001	398,0	305,7
2002	377,8	328,5
2003	427,0	374,1

Source : Banque de la République du Burundi, service des Etudes Bulletin mensuel vingt sixième année n° 12, Décembre 2003

La pauvreté humaine augmente plus vite dans les ménages à revenu fixe et moins vite à la campagne.

Enfin, l'agriculteur burundais indexe les prix des vivres qu'il vend à la ville en fonction des prix des biens qu'il acheté, mais il ne peut pas indexer le prix du café cerise, de la feuille de thé et du coton gaine, ces prix étant fixée par le Gouvernement. Le caféiculteur, le théiculteur et le coton-culturels sont désavantagés par rapport au producteur de vivres qui est libre d'indexer ses prix. Les producteurs des produits de rente risquent de les arracher.

Si les fonctionnaires de l'Etat qui bénéficient de salaires relativement fixes devaient payer 100% des soins médicaux et en même temps payer l'alimentation, cette catégorie serait la plus pauvre du pays. L'assurance maladie dont ils bénéficient à travers le système de la Mutuelle de la Fonction Publique atténue le phénomène. Mais la hausse continue à la fois des médicaments et de l'alimentation finira par avoir raison de leur résistance.

Par ailleurs, un Etat géré par des agents mal nourris et mal soignés risque de s'appauvrir à son tour parce que la créativité s'érode : absentéisme, fuite vers d'autres carrières, manque de motivation et de fierté.

La révolution verte pourrait stabiliser la population rurale sur le terroir, accroître ses capacités de contribution en faveur du Trésor et en même temps améliorer son alimentation et l'accès effectif aux soins de santé : une population rurale mieux nourrie, mieux soignée, travaillant mieux et plus, pouvant payer plus d'impôts et taxes à l'Etat pour lui permettre de mieux rémunérer ses agents. La santé et la macro-économie se tiennent étroitement. L'amélioration de la première entraîne celle de la seconde et réciproquement.

2.1.5. Payement des impôts et taxes par la population rurale active.

Quatre catégories de contribuables se présentent le secteur privé, le secteur public, la population salariée et la population rurale active.

L'on peut considérer que l'impôt est prélevé sur le revenu et la taxe sur chaque bien et service consommés par le client. Ainsi donc, l'entreprise et la population salariée payent l'impôt sur leur revenu, tandis que la population rurale active paye la taxe, même si c'est l'entreprise qui est obligée par la loi de la verser au Trésor. L'entreprise inclut la taxe due à l'Etat dans sa facture adressée au consommateur qui est la population.

Pour les années 2001, 2002, 2004 et 2005, la population rurale active a payé 68,5% en moyenne de recettes fiscales à l'Etat et 100% des recettes fiscales des 129 communes du pays : le secteur privé, 9,04% ; le secteur public, 12,0% ; la population salariée, 8,5% en moyenne (Tableau n° 4).

La population rurale active devance les autres contribuables . Elle permet ainsi à l'appareil de l'Etat et des communes de fonctionner : la pression fiscale est forte sur la population rurale active. En cause : le système d'imposition et de taxation indirectes.

En outre , la population rurale active paye les taxes dues non pas sur la totalité de la production rurale mais sur la fraction commercialisée qui représente 53% contre 47% (1970-1987) non commercialisée alors que les autres contribuables prélèvent l'impôt dû sur la totalité du revenu.

Ce faisant, l'Etat empêche l'accroissement du revenu monétaire en milieu rural en exerçant une pression fiscale disproportionnée sur l'agriculteur, l'éleveur, le pêcheur et l'artisan du monde rural.

Dans ces conditions, l'Etat et la commune inhibent la consommation l'investissement financier et la production de la population rurale active. En les surtaxant l'Etat s'oppose à l'éclosion d'une agriculture, d'un élevage, d'un artisanat rural modernes.

Dans le cas particulier de la santé, la population rurale active, consacre la majeure partie de son revenu monétaire au règlement de la taxe indirecte et de moins en moins aux soins de santé. Et la taxe, étant indirecte, il est difficile d'y échapper alors que les autres contribuables bénéficient d'une gamme étendue d'opportunités pour en atténuer les effets.

Tableau n° 4 : Origine des recettes fiscales de l'Etat en 2001,2002, 2004 et 2005 (Md BIF)

Contributeur	2001		2002		2004		2005	
1. Secteur privé	13,0	11,6	10,8	8,8	16,2	12,4	19,3	12,4
2.Secteur public	9,6	8,6	22,3	18,1	13,8	10,6	16,6	10,6
3.Population salariée	11,0	9,8	10,8	8,8	11,4	8,7	10,6	6,8
4.Population rurale active	78,2	70,0	79,1	64,3	89,4	68,3	109,3	71,2
5.Total	111,8	100	123,0	100	130,8	100	155,8	100

Sources : Lois de Finances, n° 1/001 du 29 janvier 2001, n° 1/019 du 26 décembre 2001, n° 1/034 du 30 décembre 2003 et n° 1/021 du 31 décembre 2004.

La santé de la population se dégrade non pas en raison du faible revenu ou de la pauvreté monétaire ou humaine mais en raison d'un système économique et financier non équitable.

La situation de la santé, en se dégradant, entraîne la chute de l'investissement-travail, de la production et de la capacité de contribuer en faveur de l'Etat et de la commune. L'Etat et la Commune tuent la poule aux œufs d'or. Le passage de l'agriculture traditionnelle à l'agriculture moderne se bloque et l'ensemble du système économique et financier s'en ressent durablement.

Par le biais de l'imposition et de la taxation excessives, l'Etat maintient la population dans le dénuement, donc dans l'incapacité de payer les soins de santé, partant il réduit les énergies consacrées à la production. Le développement durable assumé et assuré par l'homme et pour l'homme est irréalisable sans briser ce cercle vicieux.

2.2. Dépenses publiques en faveur de la santé de la population

L'Etat effectue les dépenses en faveur de la santé de la population par deux canaux : dépenses d'investissement et dépenses de fonctionnement.

Entre 1989 et 2004, l'Etat a alloué à la Santé en moyenne 4.1% du volume total des investissements consacrés au Développement . Ce montant atteignait 13,6% entre 1951 et 1961.

2.2.1. Dépenses publiques d'investissement

L'Etat (Administration coloniale) a consacré au secteur sanitaire 13,6% de l'enveloppe totale des investissements durant la période 1951-1961. Ce taux est le plus élevé et ne sera plus jamais atteint jusqu'en 2005. Entre 1989 et 2004, l'Etat a alloué au service de la santé 4,1% en moyenne des investissements totaux réalisés. Compte tenu des établissements à réhabiliter et à construire, l'Etat se propose de doter le secteur de la santé d'un montant de 88 milliards BIF, soit 8,9% du montant total (2000-2002) (Tableau n° 5)

**Tableau n°5 : Evolution des dépenses publiques d'investissement allouées
au secteur de la santé en francs burundais**

Santé	Total pays	%
217.846.000	5.500.807.000	3,9
276.800.000	6.0573.248.000	4,5
231.320.000	6.502.099.000	3,5
546.250.000	7.474.637.000	7,3
599.380.000	7.988.404.527	7,5
589.580.000	6.755.207.576	8,7
590.000.000	11.397.014.131	5,1
237.000.000	7.211.536.000	3,2
48.000.000	4.420.059.071	1,1
38.000.000	5.911.556.092	0,6
155.000.000	7.214.389.501	2,1
211.049.000	7.052.076.625	2,9
363.049.000	8.929.214.884	4,0
165.371.000	7.866.917.499	3,1
489.000.000	7.171.452.912	6,7
Moyenne annuelle		4,1

Source MSP in « Forum sur les Etats Généraux de la Santé, 2004 »

L'Initiative 20/20 d'OSLO recommande d'affecter au secteur de la santé 20% du budget national et 20% de l'Aide publique au développement. On est loin du compte. En outre, la crise de 1993 a provoqué une chute de 70% des ressources affectées à la santé en termes réels : le montant des ressources per capita a été divisé par 3 pendant que la taux de pauvreté monétaire passait de 35% à 58% en zone rurale de 1992 à 1997⁽⁴²⁾.

Pendant que la population reçoit une faible part du volume global des investissements 4,1% elle donne le maximum avec 71,4% du volume global du capital-investi . Ce déséquilibre pose plusieurs défis :

- l'Etat alloue une faible part de ses investissements publics à la santé de la population alors que celle-ci contribue pour 71,4% dans le volume global des investissements ;
- la population s'épuise au travail sans contre-partie adéquate en termes d'équipements publics dans le secteur de la santé ;
- l'état général de la santé de la population se dégrade en raison de l'effort non compensé par de meilleurs soins de santé ;

Le volume et l'efficacité de l'investissement -travail baisse, la production et le revenu suivent. Cette situation s'empire lorsque l'Etat alloue une faible part de son budget de dépenses ordinaires.

(42) République du Burundi, Table Ronde des Bailleurs de Fonds, Document de Synthèse, Genève octobre 1999.

2.2.2. Dépenses publiques de fonctionnement en faveur du secteur de la santé.

La priorité des priorités est réservée au règlement de la dette publique (43,6% et 38,0%) ; 22,5% et 26,0% à la Défense & Sécurité ; 13,0% et 14,4% aux services institutionnels contre 2,4% et 2,0% en faveur de la santé en 2004 et 2005. Pendant ce temps, la population burundaise contribue pour 77% et 77,0% dans le budget total des recettes/2004 et 2005 (Tableau n° 6).

Tableau n°6 :Budget de fonctionnement de l'Etat en 2004 et 2005 Md BIF.

Libellé	2004		2005	
RESSOURCES BUDGETAIRES PROPRES	Montant %		Montant	%
1. Dépenses ordinaires	199,5		248,7	
2. Recettes ordinaires	130,8		155,7	
3. Différence	-68,7		-93,0	
4. 3/2 en %		65,5		62,6
B. DONS COURANTS				
5. Dépenses	6,1		43,1	
6. Recettes	6,1		43,1	
7. Différence 5 -6	0		0	
C. ORIGINE DES RECETTES COURANTES PROPRES NON COMPRIS LES DONS				
	130,8	100	155,8	100
8. Secteur privé	16,2	12,4	19,3	12,4
9. Secteur public	13,8	10,6	16,6	10,6
10. Consommateur ou population	100,8	77,0	119,9	77,0
D. AFFECTATION DES DEPENSES COURANTES NON COMPRIS LES DONS.				
	199,6	100	248,7	100
11. Services généraux	158,1	79,2	195,4	78,6
0 Défense Nationale & Sécurité Publique	45,0	22,5	64,8	26,0
0 Service de la Dette publique + arriérés	87	43,6	94,7	38,0
0 Services Institutionnels	26,1	13,0	35,7	14,4
- Présidence + Vice Présidence	5,0	2,5	4,2	1,7
- Parlement	4,0	2,0	5,0	2,0
12. Services sociaux	35,8	17,9	47,2	18,9
0 Education Nationale	29,5	14,8	40,4	16,2
0 Santé	4,8	2,4	5,0	2,0
0 Alphabétisation des adultes + Promotion de la femme	0,8	0,4	1,0	0,4
13. Services économiques	5,6	2,8	6,0	2,4
0 Agriculture-Elevage +Développement communal	3,1	1,5	3,1	1,2
0 Commerce et Industrie	0,8	0,4	0,3	0,00

Source : Loi de Finances 2004 et 2005

De nouveau, il se produit un déséquilibre considérable entre ce que la population donne et ce qu'elle reçoit avec les conséquences suivantes :

- les infrastructures sanitaires ne sont pas amorties, entretenues et équipées ;
- les établissements sanitaires publics ne sont pas suffisamment approvisionnés en médicaments ;
- les personnels de santé sont de plus en plus mécontents de leurs conditions de travail et de salaires et le font savoir par des grèves, la dernière ayant duré trois semaines en mars-avril 2005.

La faible dotation financière en faveur du secteur sanitaire s'explique par :

- le faible niveau de couverture des dépenses par les recettes fiscales : 65,5% et 62,6% en 2004 et 2005 ;
- la perception insuffisante du rôle de la population dans le processus de développement du Burundi : la population constitue le contribuable majoritaire : 77% et 77% en 2004 et 2005 outre qu'elle fournit 71,4% du volume global de l'investissement requis (1962-2003).
- l'insuffisance de la contribution fiscale du secteur public, soit 10,6% et 10,6% en 2004 et 2005 ; alors qu'il absorbe la majeure partie des investissements publics (85,8%) ;
- en 2004, le secteur public aurait dû payer au Trésor sous forme d'impôts, 116,0 Md BIF au lieu de 13,8Md BIF et 138Md BIF en 2005 au lieu de 16,6Md BIF, à la condition que le secteur public soit imposé comme le secteur privé. L'Etat enregistre des manques à gagner considérables : 102,2 Md BIF en 2004 et 121,4 Md BIF en 2005.

Si l'Etat avait pu récupérer tous les impôts dûs par le secteur public, le total des recettes eût été de 130,8 Md BIF + 102,2 Md BIF = 233,8Md BIF. Dans ce cas, il aurait eu un boni budgétaire de 233,0 Md BIF- 199,5 MD BIF=33,5 Mn BIF. Dans ce cas, il aurait pu affecter au secteur de la santé 15% du Budget total de dépenses ordinaires (norme OMS) soit 29,9Md BIF, sans nuire à l'équilibre budgétaire de l'année 2004. Ce faisant, il aurait pu éviter de recourir aux emprunts auprès du système bancaire local et auprès du FMI.

La situation budgétaire aurait changé profondément ; la monnaie se serait plutôt appréciée ; les prix se seraient stabilisés, la part du budget consacrée au règlement de la dette publique aurait commencé à décroître pour laisser augmenter le boni budgétaire à allouer à l'investissement ; le taux d'intérêt bancaire n'aurait pas augmenté jusqu'à 25%. Dans ces conditions, la physionomie de l'économie burundaise se présenterait autrement.

Donc on ne peut pas envisager d'appliquer l'Initiative 20/20 d'Oslo, ni même la norme OMS de 15% sans restructurer profondément tout le secteur

économique, financier, budgétaire et monétaire du pays. Tout se tient. En même temps et parallèlement, le système sanitaire serait restructuré sur quatre volets :

- production des ressources (investissements, formation, équipement)
- prestation des soins de santé ;
- financement (collecte, mise en commun et achat) ;
- organisations et gestion (politique , régulation) ⁽⁴³⁾

Alors l'efficacité et la cohérence gagneraient à la fois les systèmes économique et sanitaire.

2.2.3. Conclusion du Chapitre 2

1. La population rurale active joue le rôle prépondérant, quelque soit le compartiment économique considéré :

Tableau n° 7

Compartiment	%	Année
-investissement total	71,4	1962-2003
-Production nationale totale	67,3	1970-1982
	61,3	1983-1987
	52,5	1988-1992
	37,7	1989-2003
-Commercialisation (exportation)	95	1962-2003
-Consommation	53	1970-1987
-Payement impôts & taxes		
• Etat	77	2004-2005
• Commune	100	2004-2005
2. L'Etat alloue à la santé une faible part du volume total d'investissement	4,1	1989-2003
3.Part du budget de fonctionnement (dépenses)	2,4	2004
	2,0	2005

4. La Population donne beaucoup , l'Etat lui restitue fort peu
5. Ce déséquilibre en matière d'allocation des ressources financières cause de graves préjudices à la santé de la population. Ne pouvant pas investir ses énergies, la production agricole baisse.
6. Tout le système économique , financier, budgétaire et monétaire s'en ressent.

 (43) Alphonse CIZA in République du Burundi, Ministère de la Santé Publique, Forum sur les Etats Généraux de la Santé Recueil des Communications, Bujumbura 31 mai-04 Juin 2004 p 78

CHAPITRE 3 : MISE EN APPLICAITON DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT EN MATIERE DE SANTE.

3.1. Contexte Structurel

Dans le cas du Burundi, quelque soit le domaine considéré, la population constitue la pièce maîtresse dans le processus de développement . En amont, elle investit son capital-travail et sa contribution atteint 71,4% du volume global du financement nécessaire. En aval, elle occupe le premier rang au titre de contribuable majoritaire : 77% des recettes de l'Etat et 100% des recettes communales.

Mais l'Etat restitue faiblement : 4,1% en moyenne du volume total des investissements réalisés et 3,9% en moyenne du budget de dépenses ordinaires entre 1989 et 2004.

Ce déséquilibre est due à deux raisons : faible perception du rôle économique de la population et l'insuffisance des ressources financières consacrées au développement et au fonctionnement de l'appareil de l'Etat. Pour rétablir l'équilibre, il est nécessaire de produire plus, de redistribuer plus équitablement le revenu national notamment en faveur de la population qui agit comme levier du développement. Les changements fondamentaux envisagés pour restructurer l'économie et bâtir un processus de développement économique durable ne sont réalisables que si la population y trouve son compte. Qu'elle soit mieux soignée, mieux instruite, mieux approvisionnée en eau potable, en électricité, dans un environnement sain.

Actuellement, le Burundi désinvestit massivement. Lorsque l'espérance de vie passe de 50 à 40,4 ans, le pays perd un immense capital-travail. Lorsque le pays consacre la majeure partie de ses investissements aux infrastructures notamment sanitaires alors qu'il ne peut pas les amortir, les entretenir et les réparer en temps utile faute de budget. Alors ces infrastructures se dégradent prématurément.

Il a été noté dûment plus haut que l'Etat réserve la priorité des priorités au règlement de la dette publique extérieure :43,6% et 38,0% contre 2,4% et 2,% pour la santé en 2004 et 2005. Or la dette extérieure dont le règlement mobilise la majeure partie du budget de dépenses est affectée en priorité à l'édification de ces infrastructures qui se démolissent avant l'amortissement. Le Burundi développe le sous-développement.

3.2. Mission du Groupe de Réflexion Santé-Développement

Le Groupe de Réflexion constitué par les représentants du système des Nations Unies a pour mission d'intérioriser cette situation structurelle qui domine l'économie et le social burundais, de le partager entre ses membres d'abord, ensuite d'effectuer le plaidoyer efficace auprès des institutions nationales et des partenaires au développement ; afin que le cercle vicieux mauvaise santé-mauvaise économie-mauvaise finance soit brisé.

La double démarche interne et externe est bâtie sur des dossiers de projets élaborés par des experts coordonnés par un expert senior et adoptés en bonne et due forme par les membres du Groupe de Réflexion avant de les présenter aux partenaires. Au centre de cette démarche se trouve l'OMS qui applique la politique convenue au sein du système des Nations Unies, coordonne les études de projets, les présentes aux partenaires internes, organise le plaidoyer auprès des partenaires externes sur base des projets adoptés.

Une équipe légère composée de l'expert senior, d'un expert en matière sanitaire, d'une secrétaire de haut niveau constituerait le noyau de coordination des études à mener.

Ce noyau fonctionnerait au sein de l'OMS sous la responsabilité du Représentant qui signerait tous les contrats avec les membres du noyau.

Les autres experts seraient recrutés et engagés pour mener les études retenues, pour la durée contractuelle.

L'OMS se charge de réunir les ressources financières requises pour la bonne fin du Projet.

3.3. FICHES DES PROJETS A ELABORER

Fiche n° 1 : Lutte contre la pauvreté

1. Justificatif du Projet.

Le Burundi compte 58,4% de pauvres vivant en dessous du seuil de pauvreté. Mais ces pauvres ne sont pas dépourvus de ressources. Ce sont eux, en effet, qui sont propriétaires des moyens de production de base à savoir le travail, la terre, le bétail. Malgré cela, 58,4% vivent avec moins d'un dollar USA par jour, 20% parmi eux bénéficient de 5,1% du revenu national, 69% souffrent de malnutrition.

Paradoxe, cette population en majorité pauvre, apporte 71,4% du capital total investi mais sous forme de force de travail et contribue pour 77% aux recettes de l'Etat et 100% aux recettes des communes en 2004 et 2005.

2. Problèmes à résoudre.

- Comment peut-on réduire de moitié, entre 2005 et 2015, la proportion de la population vivant en dessous du revenu de 1 dollar par jour ?
- Comment peut-on réduire de moitié la proportion de la population souffra de la faim ?
- Quels sont les changements majeurs requis dans le domaine de l'investissement, de la production, de la redistribution du revenu national par le biais du budget de l'Etat ?

Fiche n° 2 : Règlement de la dette publique du Burundi

1. Justificatif du Projet

La dette publique extérieure du Burundi s'élève à 1.120.MnUSA fin mai 2005. Elle absorbe 43,6% des dépenses ordinaires et 36,6% des recettes d'exportation en 2001.

Pendant ce temps, le secteur de la santé bénéficie de 2,4% des dépenses ordinaires en 2004 et de 2,0% en 2005.

Il est question d'alléger ou même d'annuler cette dette.

Pendant que ce processus d'allégement ou d'annulation se poursuit, il serait indiqué que le Groupe de Réflexion prépare son dossier et le tienne prêt au moment opportun.

2. Problèmes posés

- Comment répartir le montant libéré par l'annulation éventuelle de la dette publique extérieure entre les différents bénéficiaires dont le secteur santé ?
- Comment réorganiser le secteur de la santé pour le rendre plus performant en vue de mieux rentabiliser les crédits attendus ?
- Comment la croissance économique attendue pourrait-elle, à son tour, impulser le secteur de la santé ?
- Quels sont les ajustements structurels majeurs à introduire à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur économique pour les rendre mutuellement cohérents ?

Fiche n° 3 : Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies.

1. Justificatif du Projet

La population burundaise constitue le levier du développement durable par son apport en capital-travail. C'est elle qui investit la majeure partie du capital : 71,4%, contribue pour 77% dans les recettes de l'Etat et 100% dans celles des communes.

2. Problèmes posés

- Quel est l'impact de ces endémo-épidémies sur l'investissement, la production, la consommation et les capacités de contribution de la population ?
- Comment et à quelles conditions peut-on accroître les ressources humaines et financières pour les combattre efficacement ?
- Quelles sont les catégories de producteurs spécialement affectées ?
- Quelles seraient les parts de contributions des bénéficiaires, de l'Etat, des communautés de base, des partenaires au développement, du secteur privé formel, des organisations sans but lucratif ?
- Quels seraient les effets de la mobilisation de tous les acteurs, l'objectif étant d'enrayer de moitié d'ici 2015 la propagation du VIH/SIDA, du paludisme, de la tuberculose et des autres maladies